

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

814

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Emile LÉVY

Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 21 Juin 1913 à Paris

**Etude d'un cas favorable
de grossesse associée
à une tuberculose rénale**

Président : M. LAIGNEL-LAVASTINE, Professeur

LIBRAIRIE MARCEL VIGNÉ
11 et 13, Rue de l'École de Médecine
PARIS

—
1939



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Emile LÉVY

Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 21 Juin 1913 à Paris

Etude d'un cas favorable de grossesse associée à une tuberculose rénale

Président : M. LAIGNEL-LAVASTINE, Professeur

LIBRAIRIE MARCEL VIGNÉ
11 et 13, Rue de l'École de Médecine
PARIS

1939

à titre permanent.

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON GRAND-PERE

le Docteur EMILE LEVY

Médecin-chef de l'Hôpital Militaire de Belfort

et de mon grand-père ALFRED WEIL, pharmacien

A MES PARENTS

*dont les nombreux sacrifices nous ont
permis de mener à bien nos études.*

A MA SŒUR

A MON FRERE

A MES AMIS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stages

Monsieur le Professeur ACHARD

Monsieur le Professeur GREGOIRE

Monsieur le Docteur BRECHOT

Monsieur le Docteur HALBRON

Monsieur le Docteur CHABROL, Professeur agrégé

Externat

Monsieur le Docteur SAUVE

Monsieur le Professeur Clovis VINCENT

Monsieur le Professeur agrégé Etienne BERNARD

Monsieur le Docteur TZANCK

Monsieur le Docteur DECOURT

Monsieur le Docteur PAISSEAU

*Qu'ils trouvent ici l'expression de ma
reconnaissance; qu'ils excusent la
forme de ce travail dont seuls les
événements actuels peuvent expli-
quer la brièveté.*

INTRODUCTION

La coexistence d'une grossesse et d'une tuberculose rénale bilatérale présente une extrême gravité. Il est classique de considérer que la grossesse donne un coup de fouet à la tuberculose et de préconiser l'avortement thérapeutique pour sauver la mère d'une cachexie rapide.

Nous nous proposons de démontrer, grâce à une observation recueillie dans le service du Professeur Metzger, à la Maternité de Port-Royal, qu'il n'en est pas toujours ainsi. Là comme ailleurs, en médecine, le pronostic reste ce qu'il y a de plus délicat à établir.

OBSERVATION

Une femme, antérieurement néphrectomisée, présentant une tuberculose de son rein restant, a pu mener à terme sa grossesse dans de très bonnes conditions pour elle et pour l'enfant.

L'observation qui fait l'objet de ce travail est la suivante :

M^{me} B..., âgée de 38 ans, entre à la Maternité de Port-Royal, le 28 août 1939, enceinte de huit mois et demi.

Dans ses antécédents, on ne relève jusqu'en 1937 que des affections bénignes banales. Elle a eu deux grossesses normales : l'une en 1919, l'autre en 1922.

En 1937, apparurent des symptômes orientant vers une tuberculose rénale :

Hématuries fréquentes de moyenne abondance.

La délivrance est naturelle.

Le placenta un peu gros, mais d'aspect normal, pèse 970 gr.

Les suites de couches sont satisfaisantes. En raison de l'état de la mère, on décide l'allaitement artificiel.

En résumé. — Il s'est agi d'une multipare, néphrectomisée pour tuberculose rénale depuis deux ans, présentant une tuberculose évidente du rein restant, accompagnée d'une cystite très marquée et qui a pu mener à terme une grossesse dont l'évolution est restée, d'autre part, parfaitement normale. L'état de l'enfant était particulièrement satisfaisant.

L'état général de la mère est resté remarquablement conservé.

Cette observation s'oppose aux notions classiques concernant l'association de la grossesse et de la tuberculose.

Classiquement, en effet, si la tuberculose a peu d'action sur l'état puerpéral, on insiste sur deux ordres de faits :

- la grossesse aggrave la tuberculose;
- la tuberculose influe dangereusement sur le fœtus.

LA GROSSESSE AGGRAVE LA TUBERCULOSE

Elle peut déclancher une tuberculose aiguë. Elle peut réveiller une tuberculose latente. Elle peut enfin donner un « coup de fouet » à une tuberculose en activité.

C'est en général dans les dernières semaines de la grossesse que les troubles présentent leur acuité.

Il est fréquent enfin d'observer une dissémination des lésions tuberculeuses pendant les suites de couches. Cette influence de la grossesse sur la tuberculose est encore affirmée par :

- d'une part, l'état d'anergie;
- d'autre part, la décalcification physiologique particulière aux femmes enceintes.

LA TUBERCULOSE INFLUE DANGEREUSEMENT SUR LE FŒTUS

Bien que ceci soit discuté, certains enfants semblent avoir été contaminés *in utéro* et dans ces cas meurent rapidement après l'accouchement.

En général, l'hérédité de terrain est manifeste; éloignés de toute contamination, 50 % des enfants meurent avant un an.

Ces données, communes à toutes les tuberculoses en général, ont été appliquées à la tuberculose rénale en particulier.

Nous tirons de la thèse du Dr Marie-François-Alphonse Willemin (1928, Nancy), intitulée : *De la Tuberculose rénale dans ses rapports avec la Puerpéralité*, les conclusions suivantes :

« 1° L'anergie gravidique a une existence réelle... c'est elle que l'on doit tenir pour responsable de l'aggravation des différentes infections contemporaines d'une grossesse;

« 2° La tuberculose rénale est une affection grave dont la coexistence avec l'état de la gravidité se montre plus fréquente depuis qu'on la connaît davantage.

« Chez une malade guérie médicalement ou opératoirement, la grossesse, le travail et les suites de couches sont normales.

« Si l'on ne peut prouver qu'une néphro-bacillose peut être forgée de toutes pièces par l'état gravide, il semble du moins assez fréquent que l'affection soit réveillée par la grossesse et en reçoive un coup de fouet à peu près certain.

« L'aggravation parfois initio-gravidique se manifeste surtout au cours des derniers mois, dès l'accouchement ou même à l'occasion d'un simple avortement.

« Elle relève le plus souvent d'une association microbienne qui réchauffe le processus tuberculeux. »

Ces quelques lignes illustrent bien la gravité habituelle de l'association d'une grossesse à une tuberculose rénale, unilatérale.

Or, dans notre observation, il s'agissait d'une femme néphrectomisée, dont le seul rein était atteint; c'est dire l'extrême gravité du pronostic que l'on se devait de porter.

Une question se posait même devant cette malade : celle de l'avortement thérapeutique.

Classiquement, il est conseillé dans les cas de tuberculose rénale bilatérale. On sait cependant avec quelle prudence il faut en porter les indications. La constatation de lésions bilatérales ne suffit pas à notre avis à en faire pratiquer l'exécution.

Un examen méthodique du contexte clinique s'impose. De ses conclusions découlera la conduite à suivre.

La malade sera suivie régulièrement et fréquemment. On dressera :

- une courbe de poids,
- une courbe de température,
- une courbe de tension artérielle.

La malade semble-t-elle ne pas faire les frais de sa grossesse, la voit-on se cachectiser progressivement : le problème de l'avortement thérapeutique se pose.

La malade au contraire résiste, le poids reste stationnaire ou même augmente, la température est normale : l'avortement thérapeutique est absolument à rejeter.

Ces considérations s'appliquent également à l'accouchement prématuré provoqué. Il est rare que l'on soit obligé d'y recourir. En effet, c'est dans les cas extrêmes, où tout espoir est perdu du côté de la mère, qu'on pratiquera l'extraction rapide de l'enfant.

C'est à de telles déductions, d'ailleurs, que tend Willemin dans la thèse que nous avons citée plus haut.

« L'avortement provoqué pourra se trouver indiqué lorsqu'on voudra sauver la malade d'une cachexie rapidement mortelle.

« L'accouchement prématuré provoqué sera de mise en cours de gestation, lorsque, la mère étant condamnée, on voudra libérer à temps l'enfant. »

A tout moment « on doit garder une rare prudence et s'inspirer de chaque cas particulier ».

CONCLUSIONS

I) Il est classique d'admettre que l'avortement thérapeutique doit être pratiqué dans les cas de tuberculose rénale bilatérale ou d'extension à l'autre côté d'une tuberculose rénale unilatérale préalablement opérée.

II) Le cas que nous présentons est une confirmation éclatante de la théorie des ennemis de l'avortement thérapeutique qui affirment que celui-ci ne doit en aucun cas être pratiqué, car s'il détruit certainement le germe, il risque également d'atteindre la mère dans ses processus vitaux.

III) Une grossesse menée à terme chez une malade préalablement opérée d'une tuberculose rénale unilatérale et dont l'autre rein se trouve lésé, prouve que tout s'est passé comme s'il se fût

agi d'une tuberculose rénale unilatérale, auquel cas l'avortement thérapeutique n'eût pas été conseillé.

IV) Nous manquons de recul pour savoir quelle sera l'influence de cette parturition sur la tuberculose rénale de la malade.

Vu le Doyen :

TIFFENEAU

Vu le Président :

LAIGNEL-LAVASTINE

Vu et permis d'imprimer,

Le recteur de l'Académie de Paris :

ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

André. — Néphrectomie pour tuberculose chez une femme enceinte de trois mois. (Bull. soc. obst. et gyn., février 1927, p. 173.)

Andrioli (J.). — Tuberculosi urinaria e gravidanza. (Assi. soc. ital. di ostete ginec. 34, 401-410, mai-juin 1938.)

Brindeau, de Beaufond, Cartier et Pougin. — Passage transplacentaire du virus tuberculeux dans la tuberculose rénale chez une femme enceinte. (Bull. Aca. de Méd., Paris, 25 mars 1930, pp. 300-303.)

Chabanier, H. Laquière et L. Chevalier. — Pyonéphrose post-gravidique à colibacilles avec lésions pseudotuberculeuses. (Bull. Soc. franç. d'urol., 13 mai 1929, pp. 167-169.)

Drappier. — La tuberculose rénale dans ses rapports avec la grossesse. (Thèse de Nancy, 1934-35.)

Favreau (M.). — Tuberculose rénale en évolution et autointoxication gravidique hypertensive. (J. d'Obst. et de Gyn. prat., 3; 31-32, fév. 1933, in Rev. franç. de Gyn. et d'Obst., 28; 54-61, fév. 1933.)

Fruhinsholz et André (P.). — Tuberculose rénale et gestation. (Bull. Soc. Obst. et Gyn., fév. 1927, p. 174.)

Laffont, Fulconis et Sirjean. — Néphrectomie pour tuberculose rénale et gestation consécutive. (Bull. Soc. d'Obst. et Gyn., 21; 532-533, oct. 1932.)

Lissack (E.). — Pregnancies after nephrectomy for tuberculose. (J. Missouri M. A. 32, 450-452, nov. 1935.)

Marx (H.). — Kidneys tuberculosis, effect of pregnancy. (Beitr. zur klin. d. Tubercul., 1929, p. 625.)

Naeslund (J.). — Uber Nierentuberkulose und Schwangerschaft Upsala lakaref, forth. 37, 243-294, 1932.

Pleshette (V.). — Nephrectomy for unilateral tuberculosis followed by pyelitis in remaining kidney during pregnancy. (Ann. J. Obst. et Gyn. 37, 154-158, janv. 1939.)

Pointud (Paul). — Contribution à l'étude clinique de la tuberculose rénale au cours de la gestation. (Thèse Paris, 1934. Vigot, éditeur.)

Pugh (W.-S.). — Kidneys tuberculosis in pregnancy. (Ann. surg., oct. 1927, p. 591.)

Ravina (J.). — Tuberculose rénale et gestation. (Bull. Soc. d'Obst. et de Gynec., 20; 704-708, nov. 1931.)

Willemin. — La tuberculose rénale dans ses rapports avec la puerpéralité. (Thèse de Nancy, 1927-28.)

